



# SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA

Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156, 300723 Timișoara • Tel. +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956  
Cod fiscal 4663448 • judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro  
Operator de date cu caracter personal numărul 26620

MR. 37167/28.08.2017

APROBAT



Craina

## PLAN DE INTEGRITATE AL SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ PIUS BRÎNZEU TIMIȘOARA PENTRU IMPLEMENTAREA STRATEGIEI NAȚIONALE ANTICORUPȚIE PE PERIOADA 2016-2020 Seturile de indicatori de performanță, riscurile asociate obiectivelor și măsurilor din strategie și sursele de verificare

Obiectiv general 1 Dezvoltarea unei culturi a transparenței pentru o guvernare deschisă la nivel central și local							
	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
Obiectiv specific 1.1 Creșterea transparenței instituționale și a proceselor decizionale							
1.1.1	Asigurarea respectării prevederilor privind accesul la informații de interes public și a celor privind transparența procesului decizional	Nr. și tipul de informații de interes public publicate din proprie inițiativă	Acces limitat la paginile de internet	Nr de vizitatori ai paginii de internet a SCJUPBT	Comp. relații cu publicul	permanent	
		Rata de răspuns la solicitări de informații	Depășirea termenelor de răspuns legale	Registru reclamații	Comp. relații cu publicul/Compartimente implicate	permanent	

	<b>Măsura</b>	<b>Indicatori de performanță</b>	<b>Riscuri</b>	<b>Surse de verificare</b>	<b>Responsabil</b>	<b>Termen</b>	<b>Obs</b>
		Sanțiuni dispuse pentru încălcarea obligațiilor de transparență decizională și de asigurare a accesului la informații de interes public prin publicarea acestora din oficiu	Afectarea imaginii spitalului	Registru evidență Compartimentul relații cu publicul	Compartimentul relații cu publicul	Măsură cu caracter permanent	
		Rata de contestare în instanță a deciziilor sau măsurilor adoptate	Afectarea imaginii spitalului	Site-ul oficial al SCJUPBT	Comisie de actualizare a site-ului	Măsură cu caracter permanent	
		Rata de implementare a recomandărilor cuprinse în rapoartele anuale	Neaplicarea măsurilor corective pentru nerespectarea obligațiilor legale	Rapoarte de activitate publicate anual	Comisia de integritate	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	
<b>1.1.2</b>	<b><i>Mărirea transparenței activităților prin diversificarea și actualizarea informațiilor publice oferite prin intermediul site-ului</i></b>	Site îmbunătățit, cu informații detaliate privind activitatea serviciilor medicale oferite de spital	Acces limitat la paginile de internet	Nr. de vizitatori ai site-ului	Conducerea Spitalului/ Coordonatori compartimente,sectii,La boratoare/Şef Serviciu informatică	Măsură cu caracter permanent evaluată semestrial	

	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
1.1.3	<i>Implementarea de proiecte pentru promovarea integritatii și bunei guvernări în parteneriat cu societatea civilă</i>	Protocoale de cooperare	Nealocarea resurselor umane și financiare necesare	Rapoarte de activitate publicate anual	Jurist/Coordonatorul planului de integritate /	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	
		Număr de comunicate de presă	Promovarea nesatisfăcătoare /insuficientă la nivelul spitalului	Strategii de comunicare actualizate	Compartimentul relații cu publicul	Măsură cu caracter permanent	
		Nr. de raspunsuri la solicitarile massmedia	Promovarea nesatisfăcătoare /insuficientă la nivelul spitalului	Rapoarte si informari publice	Compartimentul relații cu publicul	2018	
<b>Obiectiv specific 1.2 - Creșterea transparenței proceselor de administrare a resurselor publice</b>							
1.2.1	<i>Asigurarea resurselor adecvate pentru o functionare eficientă a instituției precum și transparența privind respectarea măsurilor impuse de către Ministerul Finanțelor Publice</i>	Proiect de buget și buget aprobat publicat	Nealocarea resurselor umane și financiare pentru funcționarea corespunzătoare a instituției	Documentele cu vizele instituțiilor unde au fost depuse	Conducerea instituției/Direcția financiar contabilă	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	
		Situație financiară anuală publicată (bilanțul +contul de execuție bugetară publicat)	Lipsa capacității spitalului de a publica toate cheltuielile	Site-ul oficial al SCJUPBT	Conducerea instituției/Direcția financiar contabilă	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	
		Gradul de îndatorare publicat	Lipsa transparenței	Site-ul oficial al SCJUPBT	Conducerea instituției/Direcția financiar contabilă	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	

Obiectiv general 2 Creșterea integrității instituționale prin includerea măsurilor de prevenire a corupției ca elemente obligatorii ale planurilor manageriale și evaluarea lor periodică ca parte integrantă a performanței administrative							
	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
Obiectiv specific 2.1 - Îmbunătățirea capacității de gestionare a eșecului de management prin corelarea instrumentelor care au impact asupra identificării timpurii a riscurilor și vulnerabilităților instituționale							
2.1.1	<i>Intensificarea activităților de implementare a sistemelor de control intern/managerial la nivelul SCJUPBT</i>	Nr. procedurilor elaborate	Neimplementarea sau implementarea formală a standardelor de control intern/managerial	Program de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial aprobat	Conducerea institutiei	2018	
		Gradul de conformitate al sistemului de control intern/managerial	Neimplementarea sau implementarea formală a standardelor de control intern/managerial	Raport asupra sistemului de control intern/managerial	Comisia pentru monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică a implementării/ dezvoltării sistemului de control managerial	2018	
		Nr. de riscuri identificate, evaluate și înregistrate în Registrul Riscurilor	Neimplementarea sau implementarea formală a standardelor de control intern/managerial	Registrul riscurilor completat	Echipa de gestionare a riscurilor	2018	

	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
	<b>Obiectiv specific 2.2 - Creșterea eficienței măsurilor preventive anticorupție prin remedierea lacunelor și a inconsistențelor legislative cu privire la Consiliul de etică, protecția avertizorului în interes public și interdicțiile postangajare (pantouflage-ul)</b>						
2.2.1	<b>Consolidarea statutului și rolului consiliului de etică</b>	Rolul și mandatul consiliului de etică	Resurse umane, materiale și financiare insuficiente pentru îndeplinirea activității și asigurarea accesului la pregătire profesională	Raport de evaluare a consiliu etica (Aplicarea unui chestionar)	Consiliul de Etică	2018	
		Profesionalizare și asigurare resurse necesare atingerii scopului activităților specifice	Caracter formal al documentelor	Statistica furnizată în procesul de autoevaluare	Conducerea SCJUPBT	2018	
		Reguli privind desfășurarea activităților specifice în scopul eficientizării, simplificării și gradului de acces la serviciile de consiliere	Lipsa popularizării rolului consiliului de etica, responsabilitatile acestuia	Raport semestrial privind respectarea normelor de conduită	Conducerea SCJUPBT	2018	

Obiectiv general 3 - Consolidarea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sectoare și domenii de activitate prioritare							
	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
Obiectiv specific 3.1. Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul public de sănătate							
3.1.1	<i>Transparentizarea utilizării resurselor publice prin publicare pe site</i>	Rapoarte publicate	Lipsa capacității spitalului de a face publice datele	Site spital	DFC	2018	
3.1.2	<i>Evaluarea performanței sistemului de achiziții a spitalului</i>	Raport evaluare	Bariere administrative care îngreunează procesul de evaluare	Raport evaluare aprobat	Serviciul achiziții	2018	
3.1.3	<i>Întărirea structurilor de control și integritate și extinderea atribuțiilor acestora</i>	Decizii de înființare cu atribuții, număr rapoarte	Bariere administrative	Rapoarte structurilor de control	Spital	2017	
3.1.4	<i>Îmbunătățirea mecanismelor de răspundere pentru managerii de mijloc și ceilalți reprezentanți ai aparatului decizional</i>	Număr de evaluări a șefilor de structuri	Bariere administrative	Evidențe RUNOS	RUNOS, Comitet director	2018	
3.1.5	<i>Dezvoltarea unui nou mecanism de susținere financiară a educației medicale continue, care să elimine sponsorizările industriei farmaceutice și de echipamente medicale către personalul medical</i>	Număr de persoane care beneficiază de cursuri de educație medicală continuă	Bariere administrative	Bază date RUNOS	RUNOS, Șefi structuri medicale, director medical	2019	
3.1.6	<i>Identificarea situațiilor care pot genera conflicte de interese în rândul personalului din spital și impementarea de soluții pentru prevenirea și rezolvarea lor</i>	Listă cu număr de situații identificate, procedură	Bariere administrative	Registru Comisie	Comisie de coordonare implementare plan integritate	2018	

	<b>Măsura</b>	<b>Indicatori de performanță</b>	<b>Riscuri</b>	<b>Surse de verificare</b>	<b>Responsabil</b>	<b>Termen</b>	<b>Obs</b>
3.1.7	<i>Susținerea mecanismului de feedback al pacientului pentru a obține informații despre experiența pacienților</i>	Număr de informații referitoare la mecanismul de feedback al pacientului, Număr de persoane pentru care au fost transmise datele solicitate	Bariere administrative	Site, avizier,	SESIM	2017	
<b>Obiectiv general 4 -- Creșterea gradului de cunoaștere și înțelegere a standardelor de către angajați și beneficiarii serviciilor publice</b>							
	<b>Măsura</b>	<b>Indicatori de performanță</b>	<b>Riscuri</b>	<b>Surse de verificare</b>	<b>Responsabil</b>	<b>Termen</b>	<b>Obs</b>
<b>Obiectiv specific 4.1 - Creșterea gradului de educație anticorupție a personalului din cadrul autorităților și instituțiilor publice de la nivel local</b>							
4.1.1	<i>Organizarea și derularea unor programe de formare cu impact asupra creșterii nivelului de educație anticorupție în rândul personalului spitalului</i>	Număr de angajați care au participat la programe de formare profesională privind temele specifice educației anticorupție, Număr de programe de formare profesională privind temele specifice anticorupției	Superficialitate în abordare, neimplicarea angajaților, programa cursului neadpatată profilului participanților	Planul anual de formare profesională, Rapoarte de participare, Chestionare de evaluare a cursului, rapoarte anuale privind formarea profesională a personalului din cadrul spitalului	RUNOS	2020	
<b>Obiectiv specific 4.2. Creșterea gradului de informare a publicului cu privire la impactul fenomenului de corupție</b>							



Obiectiv general 5 - Consolidarea performanței de combatere a corupției prin mijloace penale și administrative							
	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
<b>Obiectiv specific 5.1 - Îmbunătățirea activității de identificare, sancționare și de prevenire a cazurilor de incompatibilități, conflicte de interese și averi nejustificate</b>							
5.1.1	<i>Declararea averilor în conformitate cu legea 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea ANI, republicata cu modificările și completările ulterioare.</i>	Număr declarații de avere publicate Număr declarații de interese publicate Existența și completarea registrului declarațiilor de avere.	Nepublicarea la timp a declarațiilor Completarea incorectă a declarațiilor de avere	Actul intern de desemnare a persoanei responsabile și consultarea acestuia Registrul declarațiilor de avere Site spital	Toate persoanele care intra sub incidența legii 144/2007 și persoana desemnată pentru implementarea legii	2017	
<b>Obiectiv specific 5.2 - Consolidarea mecanismelor de control administrativ</b>							
5.2.1	<i>Prioritizarea acțiunilor de control prin creșterea ponderii acestora în zonele expuse la corupție</i>	Număr de controale realizate în zonele expuse la corupție	Resurse umane și financiare insuficiente	Rapoarte anuale de activitate	Spitalul	2019	
5.2.2	<i>Valorificarea rezultatelor activităților Curții de Conturi și ale structurilor de control intern prin sesizarea organelor judiciare competente</i>	Număr de sesizări transmise organelor judiciare	Resurse umane insuficient pregătite din puncte de vedere profesional	Rapoarte anuale de activitate, Statistică	Spitalul	2019	



	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
5.2.3	<i>Aplicarea de sancțiuni disciplinare cu caracter disuasiv pentru încălcarea standardelor etice și de conduită anticorupție la nivelul tuturor funcțiilor</i>	Număr de sesizări primite, Număr de sesizări în curs de soluționare, Număr de sesizări soluționate, Numărul și tipul de sancțiuni dispuse, Număr de decizii ale Comisiei anulate sau modificate de instanță Număr de persoane care au săvârșit în mod repetat abateri de la normele respective	Caracter formal al activității Comisiei de disciplină	Comisie de disciplină operațională, decizii ale comisiei de disciplină	Comisia de disciplină	2020	
5.2.4	<i>Utilizarea la nivelul spitalului a infrastructurii dezvoltate în cadrul sistemului național de raportare potrivit prevederilor OUG 88/2013 privind adoptarea unor măsuri fiscal-bugetare pentru îndeplinirea unor angajamente convenite cu organismele naționale, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative</i>	Număr de sancțiuni aplicate pentru nerespectarea prevederilor legale privind sistemul național de raportare	Depășirea termenelor prevăzute în capitolul I OUG 88/2013	Rapoarte	Direcția financiar-contabilă	Măsură cu caracter permanent	

Obiectiv general 6 - Creșterea gradului de implementare a măsurilor anticorupție prin aprobarea planului de integritate și autoevaluarea periodică la nivelul tuturor instituțiilor publice centrale și locale, inclusiv a celor subordonate, coordonate, aflate sub autoritate, precum și a întreprinderilor publice							
Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs	
Obiectiv specific 6.1. - Consolidarea integrității instituționale prin planuri dezvoltate pe bază de analiză de risc și standarde de control managerial intern							
6.1.1	<i>Adoptarea declarației de aderare la valorile fundamentale, principiile, obiectivele și mecanismul de monitorizare al SNA și comunicarea către DSP</i>	Mențiuni privind aderarea la valorile fundamentale, principiile, obiectivele și mecanismul de monitorizare Persoane desemnate pentru implementarea strategiei și planului de integritate	Nivel scăzut de implicare al personalului	Document adoptat și transmis DSP	Conducerea spitalului	2017	
6.1.2	<i>Consultarea angajaților în procesul de elaborare a Planului de integritate</i>	Număr de angajați informați cu privire la elaborarea planului de integritate, Modul în care are loc informarea (ședință, prin corespondență), Număr de contribuții primite/incorporate	Caracter exclusiv formal al informării Neparticiparea majorității angajaților	Documente suport	Spital	2017	
6.1.3	<i>Identificarea riscurilor și vulnerabilităților specifice instituției</i>	Număr de riscuri și vulnerabilități inventariate	Caracter formal al demersului în absența unei metodologii de evaluare a riscurilor	Raport de evaluare a riscurilor și vulnerabilităților elaborat	Conducerea structurilor din spital	2017	
6.1.4	<i>Identificarea măsurilor de remediere a vulnerabilităților specifice instituției, precum și a celor de implementare a standardelor de control managerial intern</i>	Număr de măsuri de remediere Standarde de integritate reflectate în planul de integritate	Caracter formal al demersului în absența unei metodologii de evaluare a riscurilor Neevaluarea SCIM	Raport privind măsurile de remediere a vulnerabilităților	Conducerea structurilor din spital	2017	

	Măsura	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Termen	Obs
6.1.5	<i>Aprobarea și distribuirea în cadrul spitalului a planului și a declarației de aderare la SNA</i>	Plan aprobat Număr de copii distribuite	Caracter formal al demersului	Decizie de aprobare a planului Decizie de nominalizare a coordonatorului planului	Spital	2017	
6.1.6	<i>Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia și la riscurile și vulnerabilitățile nou apărute</i>	Număr de riscuri și vulnerabilități identificate	Caracter formal al demersului în absența unei metodologii de evaluare a riscurilor	Raport de evaluare a riscurilor și vulnerabilităților elaborat	Spital	Măsură cu caracter permanent evaluată anual	
6.1.7	<i>Transmiterea contribuțiilor solicitate de DSP și participarea la activitățile de monitorizare ale strategiei</i>	Număr de comunicări către DSP, Transmiterea integrală a indicatorilor din inventarul măsurilor de transparență	Transmiterea de date incomplete sau cu întârziere, Nepreluarea în fișele de post a atribuțiilor de coordonare/monitorizare a planului Nedeseemnarea persoanei responsabile pentru implementarea planului	Raport elaborat	Spital	Măsură cu caracter permanent	

**COORDONATOR PLAN DE INTEGRITATE**

**Ec. Daniel Tărăbîc**

